

400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°	Nombre:	Informante N°	
------------	---------	---------------	--

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO?

Si..... 1 → PASE A 401H

No..... 2

Aún no había nacido 3 → PASE A 401H

401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS?

Distrito:

Provincia

Departamento/País:

Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?
(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí..... 1

No..... 2

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):
(Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2

Recaída de enfermedad crónica?..... 3

Accidente? 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente 5 → PASE A 419

Síntoma de COVID-19 (fiebre, tos seca, sensación de ahogo)?..... 6

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?
(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA..... 1

Centro de salud MINSA 2

Centro o puesto de salud CLAS 3

Posta, policlínico ESSALUD 4

Hospital MINSA..... 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) 6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional..... 7

Consultorio médico particular 8

Clínica particular 9

Farmacia o botica 10

En su domicilio (del paciente)..... 11

Otro _____ 13

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN 14

PASE A 409

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?.....	1	2
4. Oír, aun usando audifonos?.....	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?.....	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?.....	1	2

RECUADRO (A): Encuestador: Si en la pregunta 402:

- Está circulado el código 6, entonces pase a pregunta 407I.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 4 continúe con la pregunta 419.

407I. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR EL COVID-19?

Si 1

No 2 → **PASE A 419**

407J. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA/S PRUEBA/S?

Negativo 1

Positivo 2

Aun no recibe resultado 3

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?
(Acepte una o más alternativas)

No tuvo dinero 1

Se encuentra lejos 2

Demoran mucho en atender 3

No confía en los médicos 4

No era grave/ no fue necesario 5

Prefiere curarse con remedios caseros 6

No tiene seguro 7

Se auto recetó o repitió receta anterior 8

Falta de tiempo 9

Por el maltrato del personal de salud 10

Otro 11
(Especifique)

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES:
(Acepte una o más alternativas)

		419B. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:					
Sí	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar?	No Paga?	
1. ¿ESSALUD?	1 2	1	2	3	4		
2. ¿Seguro privado de salud?	1 2	1	2	3	4		
3. ¿Entidad prestadora de salud?	1 2	1	2	3	4		
4. ¿Seguro de FF.AA. / Policiales?	1 2	1	2	3	4		
5. ¿Seguro Integral de Salud (SIS)?	1 2	1	2		4	5	
6. ¿Seguro universitario?	1 2		2		4		
7. ¿Seguro escolar privado?	1 2		2		4		
8. ¿Otro? _____ (Especifique)	1 2	1	2	3	4	5	

OBSERVACIONES
